غلامزاده خادر، مجتبی؛ باباپورخیرالدین، جلیل؛ صبوری مقدم، حسن(۱۳۹۳). اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی کودکان دبستانی.*پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*،۴ (۲)،۳۲- ۱۹.

اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی کودکان دبستانی

مجتبی غلامزاده خادر[۱]، جلیل باباپور خیرالدین[۲]، حسن صبوری مقدم[۳]

دریافت:۱۳۹۱/۴/۱ پذیرش:۱۳۹۲/۹/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی کودکان دبستانی پرداخته است. این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش آزمون ـ پس آزمون به همراه گروه کنترل می‌باشد. در این مطالعه تجربی۶۰ کودک پسر دبستانی با نشانه‌های افسردگی بطور تصادفی در دو گروه آزمایشی و دو گروه کنترل (جمعاً ۴ گروه) جای داده شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه ICS- ۴ و مصاحبه تشخیصی استفاده شد. پس از انجام پیش آزمون برنامهٔ نقاشی درمانی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای (دوبار در هفته) اجرا شد و در پایان پس آزمون انجام شد. داده ها با تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که در نشانه‌های افسردگی کودکان دبستانی پسر، نقاشی درمانی تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارد (p<۰/۰۳). بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که نقاشی درمانی در کاهش نشانه های افسردگی پسر روشی موثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: *اثر بخشی، نقاشی درمانی، افسردگی*

مقدمه

افسردگی یکی از مشکلات حیطه سلامت روان در جهان و علائم افسرده ساز رایج‌ترین شکایت نوجوانان می باشد (Ivarsson،Svalander,Oeystein,2006).میزان شیوع افسردگی در کودکان ۰/۴ تا۲/۵درصد و در نوجوانان ۴ تا ۸ درصد در آمریکا برآورد شده است ومیزان شیوع آن در طی عمر برای نوجوانان سنین ۱۵ تا ۱۸ سال ۱۴درصد تخمین زده شده است(Hoeksema& Hilt, 2008;Abela& Hankin,2008).

۱.کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه تبریز.mojijill@yahoo.com

۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز.

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز.

باتوجه به نرخ بالای خلق افسرده واختلالات افسرده ساز در جمعیت نوجوان (shekari ،moradi و daneshvarpur،2007) و میزان مرگ و میر شدید ناشی از اختلال در نوجوانی، درمان کودکان و نوجوانان افسرده یکی از چالش برانگیزترین موضوعات بالینی بهداشت روانی بوده است. دراین راستا، دست یابی به گزینه پیشگیری اولیه همواره کارامد وموثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد پیشگیری ثانویه (مداخله-های درمانی) می تواند مشکلات روانی- اجتماعی آتی را به طور چشمگیری کاهش دهد (delavar&yousefi deluye,2008, lamarin,1995;).

اگرچه ملاک‌های تشخیصیDSM-IV برایاختلالهای خلقی تقریباً برای همه گرو ه‌های سنی یکسان است، اما نمودهای خلق آشفته در کودکانبسته به سن آنها متفاوت است. کودکان کوچک‌تر اغلب نشانه‌هایی را بروز می‌دهند که در سنین بالاترشیوع کمتری دارد.

این نشانه‌ها عبارتند از: توهمات شنوایی هماهنگ با خلق، شکایات بدنی،ظاهر غمگین، کناره-گیری و عزت نفس پایین. نشانه‌هایزیر بدون توجه به سن و وضعیت رشد به طور یکسان ظاهر می‌شوند: افکار خودکشی، خلق افسرده یاتحریک‌پذیر، بی‌خوابی و کاهش توانایی تمرکز. خلق کودکان به ویژه در برابر چندین عامل فشارروانی - اجتماعی مانند اختلاف‌های خانوادگی مزمن،سوء رفتار با کودک و شکست‌های تحصیلی آسیب پذیر است (sadock&kaplan،1998). بررسیهای همه‌گیر شناسی انجام شده در ایالات متحده آمریکا نشان داده است که میزان بروز افسردگی در کودکان پیش از مدرسه ۰/۹٪، در کودکان سن مدرسه ۱/۹٪و در نوجوانان ۴/۷٪ بوده است (Hammen.1998kashani,Sherman,:lewis,1996) ارتباط معنی داری را میان افسردگی در مادر و کودک گزارش کردند. آنان نشان دادند که کودکان مادران مبتلا به اختلال‌های خلقی بیش از کودکان مادران سالم در رویارویی با فشار روانی ، دچار افسردگی می‌شوند.

به طور کلی حدود ۲ درصد کودکان پیش از سن بلوغ و حدود ۵ تا ۸ درصد نوجوانان دچار افسردگی هستند و طیف بالینی این اختلال را از غمگینی ساده تا افسردگی اساسی یا اختلال دو قطبی در برمی گیرد (Kirchner & Son SE ,2000). با توجه به میزان مرگ و میر شدید ناشی از اختلال افسردگی اساسی نوجوانی، بازبینی ادبیات مربوط برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر میرسد (Milin, & Walkers,2003).

در این خصوص، هرچند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد پیشگیری ثانویه (مداخله‌های درمانی) می‌تواند مشکلات روانی - اجتماعی آتی را به طور چشمگیری کاهش دهد (Lamarine, 1995).

روان درمانی و دارو درمانی برای کودکان و نوجوانان دارای اختلال‌های افسردگی مفید تشخیص داده شده است. هرچند شواهد نشان می‌دهند که روان درمانی برای اغلب کودکان افسرده مقدم بر دارو درمانی است (Park, &Goodyer,2000). با وجود این، اخیراً درمان‌های شناختی - رفتاری، درمان انتخابی

برای اختلال‌های افسردگی کودکان و نوجوانان تلقی می‌شوند. علاوه بر این، از جمله درمان‌های روان شناختی افسردگی، روان درمانی روان پویشی است که طی آن درمانگر با استفاده از روش‌های مختلف به کودک افسرده کمک می‌کند تا افکار، احساسات و تخیلات خود را ابراز کند و رابطه بین احساسات و هیجان‌های ناخودآگاه و عملکردهایش را دریابد.

یکی از این روشها هنردرمانی[1] است، هنر درمانی ترکیبی از هنر و درمان می‌باشد. درجلسات هنر درمانی کودکان در هنر ساختن (نقاشی، مجسمه سازی، نوشتن‌شعر، داستان‌سازی، رقص، نمایشگری) شرکت می‌جویند. درجریان این فرایندها کودک می‌تواند شروع به ساختن و معنا دادن رویدادها، هیجان‌ها یا تجربه کردن در زندگی‌اش‌در حضور درمانگر شود (Kalmanowitz, 2004). در جلسات هنردرمانی کودک خلق اثر می‌کند. کودک تشویق به کشف و تجربیاتی می‌شود که خودش را به طریقه خودش کشف می‌کند. در جلسات هنردرمانی هیچ قانون و راهی به عنوان غلط و درست وجود ندارد وتنها راه آن چیزی است که مطابق با طبیعت بی‌نظیر فردی و بخصوص خود کودک است که یافت وکشف می‌شود (Kalmanowitz, 2004).

هنر درمانی، یک روش مراقبتی است که فرایند روان درمانی را گسترش می‌دهد به طوری که این فرایند شامل واکنش‌های کلامی، دیداری و احساسی مراجع می‌شود. هنر همه آن چیزهایی را که دیدن یا به زبان آوردن آن‌ها دشوار و رنج آور است قابل دیدن می‌کند. هنر به مراجع کمک می‌کند واضح‌تر ببیند و حسی از زندگی را در وجود خود احساس کند (Mahdavi ,2005). با دقت به رفتار و نوع بازی کودکان در حین فرایند هنر درمانی دیده می‌شود که، آن ها ضمن اینکه در نقش خود غرق شده‌اند همزمان با شن، گچ، سنگ، عروسک‌ها، ابزار موسیقی، قلم مو و وسایل دیگر هم بازی می‌کنند. در واقع در مورد ارتباط بین هنرهای مختلف باید گفت که این هنرها به گونه‌ای با هم تلفیق شده‌اند. هنر نقاشی به تنهایی کافی نیست و برای بسط و گسترش فرایند درمانی استفاده از روش‌های دیگر کاملاً ضروری است. اولین ابزار هنر درمانی، نقاشی است و در واقع نقاشی دریچه‌ای به سوی استفاده از هنرهای دیگر باز می‌کند (Rubin, 2005).

پیشنهاد شده است که ترسیم نقاشی را برای تشخیص شرایط آسیب شناختی می‌توان به کار برد و از این عوامل تشخیصی ابتدایی، به تدریج روش‌های منظم بسیاری به وجود آمد که امروزه آنها را آزمون نقاشی می‌نامند (Levick, 1983) . امروزه نقاشی درمانی یکپارچه شده، نوعی درمان است که ترکیبی از دارو درمانی و نقاشی درمانی گروهی می‌باشد و متمرکز بر کسب تصاویر درونی فرد است. خلق تصاویر به عنوان نقطه شروع درمان برای گروه، خانواده یا فرد به کار گرفته می‌شود. بیماران سریعاً راه رسیدن به هیجانات وآگاهی یافتن از تعارضات خود را پیدا می‌کنند (Steinet al, 1999). نکته‌ای که از نقاشی کودک می‌توان فهمید، دریافت تأثیر محیط خارجی و تأثیر موضوعات درونی و ذهنی روی کودک است.

1.Art theraphy

به عبارت دیگر، تأثیر محیط خارجی بر نقاشی کودک نشانه سلامت روانی کودک می‌باشد (Malek zehtab,2006). به نظر می‌رسد که نقاشی درمانی، تأثیری در درمان و یا شناخت مشکلات کودکان و بزرگسالان داشته باشد زیرا فرایند ترسیم یا ساختن، فرایندی پیچیده است که طی آن کودک اجزای گوناگونی از تجربه‌هایش را برای ساختن یک کل معنی‌دار مورد استفاده قرار می‌دهد.

در این فرایند او چیزی بیش از یک تصویر یا مجسمه را ارائه می‌دهد. او بخشی از خود را به ما باز می‌نمایاند، این که چگونه فکر می‌کند، چگونه احساس می‌کند و چگونه می‌بیند (Noori,2003). Carrigan, 1993پس از سفر به سوئیس و مشاهده برنامه‌های کارگاه‌های حمایتی، برای افراد عقب مانده ذهنی، در مقاله‌ای گزارش کرد که در سوئیس، به جای برنامه‌های تغییر رفتار، از نقاشی درمانی برای افراد عقب مانده ذهنی استفاده می‌شود؛ زیرا نقاشی درمانی نه تنها فرصت‌هایی برای بیان خود پدید می‌آورد، بلکه به رشد شناختی و افزایش خلاقیت آنان کمک می‌کند و وابستگی آنان را کاهش می‌دهد .Noori, 2001 در بررسی انجام شده توسط Lynchو Chos برنامه‌ای اجرا شد که در آن افراد با ناتوانی‌ها اجازه داشتند که در قالب فعالیت‌هایی نظیر رقص، هنر، نمایش و موسیقی با افراد عادی تعامل داشته باشند.

این بررسی میزان بهبود در عزت نفس و رفتار و فعالیت اجتماعی را پس از مشارکت در برنامه اندازه‌گیری کرد. ۹۲ درصد از آزمودنی‌ها پیشرفت قابل ملاحظه‌ای را در عزت نفس خود به دلیل شرکت در این برنامه گزارش کردند. تغییر اجتماعی و رفتاری چشمگیری نیز در اکثر شرکت کنندگان مشاهده شد. به علت محدودیت‌های شناختی، بسیاری از شرکت کنندگان در تکمیل پرسشنامه کمک دریافت کردند. بنابراین، نتایج پژوهش ممکن است تحت تأثیر کمک فردی برای تکمیل پرسشنامه قرار گرفته باشد. با وجود این به نظر می‌رسد که هنر درمانی، اثر مثبتی بر این گروه داشته باشد. در تحقیق مشابهی توسط Ferri یک دختر ۱۶ ساله با ناتوانی‌های شدید و پیچیده مورد بررسی قرار گرفت، هنر درمانی در این مورد نیز اثر درمانی بسیار مثبتی از خود نشان داد. ابزار هنری اصلی این کودک نقاشی کردن بود. بر اثر انقباض از فلج مغزی قلم موی نقاشی به وسیله یک اسفنج بر دست او تثبیت شده بود Hanlin ,2003.

در ایران در پژوهشی که به همین شیوه و به وسیله Madadi , 2000 با عنوان "بررسی تأثیرنقاشی درمانی در کاهش اختلال‌های هیجانی در کودکان عادی" که تاثیر نقاشی درمانی را در بهبود اختلال نشان داده بود و پژوهشی دیگر توسط به پژوه و نوری در سال ۱۳۸۰ با عنوان «بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش آموزان عقب مانده ذهنی تهران» در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه شامل ۶۰ نفر) از میان ۲۰ مدرسه پسرانه تهران انجام شده بود طی ۱۲ جلسه نقاشی درمانی به عنوان یک برنامه نشان داد که استفاده از جلسات نقاشی درمانی برای دانش آموزان ابتدایی عقب مانده ذهنی به سبب ایجاد زمینه‌های مناسب برای برون افکنی هیجان‌ها، احساسات و افکار، منجر به سازگاری عاطفی و اجتماعی آنان می‌شود.

پژوهش دیگری، تأثیر مثبت هنر درمانی گروهی در کودکان با نارسایی توجه/ فزون جنبشی را نشان داده است. دیوید هنلی (Henley,1998) وقت زیادی را صرف گروه درمانی فشرده برای این گونه کودکان کرد. هنر درمانی در رویکرد او نقش مکمل را بازی می‌کرد. در پژوهشی دیگر که با عنوان تأثیر نقاشی درمانی بر روی یک کودک دچار اختلال هیجانی رفتاری «یک نمونه موردی» انجام داده شده بود نتایج ذیل حاصل گردید: «بعد از ۲۰ جلسه نقاشی درمانی۴۰ دقیقه‌ای، آزمودنی رفتارها و هیجان‌های انطباق یافته تری را نسبت به گذشته از خود نشان داد و به این موضوع واقف شد که تفکر افسرده وار منجر به ناپایداری رشد هیجانی و رفتاری شخصی می‌شود و این موضوع در طی جلسات طراحی شده نقاشی درمانی ایجاد و بنابراین نگرش مثبت را به زندگی خانواده‌اش به ارمغان آورده بود (Han, 2003)

بدین ترتیب منظور از نقاشی درمانی ارائه فرصت‌هایی به فرد است تا از طریق رنگ‌ها و خطوط، احساسات، عواطف، و نیاز و حتی دانسته‌های خود را به نحوی که مایل است آزادانه بیان کند وبر همین اساس هدف از پژوهش حاضر استفاده از نقاشی درمانی در کاهش نشانه های افسردگی کودکان وپاسخ به این سوال که آیا نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی موثر می باشد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع تجربی و به منظور بررسی تأثیر هنر درمانی با تکیه بر نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانش آموزان پسرابتدایی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایشی و دو گروه کنترل و انتساب تصادفی اجرا شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه‌ی آماری این پژوهش در برگیرنده‌ی دانش آموزان پسر مدارس ابتدایی و دارای نشانه های اختلال افسردگی بودند که در سال تحصیلی ۹۰- ۸۹ در مدارس غیر انتفاعی شهرستان تهران (شهرک قدس) مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شد به این ترتیب که از بین مدارس غیر انتفاعی به طور تصادفی چند دبستان پسرانه انتخاب و سپس به این مدارس مراجعه و با مسئولین این مدارس در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی دانش آموزان نمونه گفتگو شد. بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین این مدارس، پرسشنامه علایم مرضی کودکان (CSI-۴) فرم والد توسط والدین دانش آموزان مورد اشاره تکمیل گردید. پس از تکمیل پرسشنامه و ارجاع مجدد آن به مدرسه، از دانش آموزانی که نمره‌ی اختلال افسردگی بالایی را با توجه به نقطه برش پرسشنامه گرفتند، مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی نیز به عمل آمد. در نهایت ۶۰ دانش آموز به عنوان نمونه تایید و برای حضور در پژوهش و به عنوان نمونه اصلی انتخاب و در گروه‌های آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به چهار گروه (دو گروه آزمایشی و دو گروه کنترل) تقسیم شدند. گروه کنترل اول شبیه گروه آزمایشی اول و گروه کنترل دوم

شبیه گروه آزمایش دوم بود هیچ مداخله‌ای در گروه‌های کنترل انجام نگرفت و در گروه آزمایشی مداخله انجام گرفت.

ابزار

در این پژوهش از پرسشنامه علایم مرضی کودکان (CSI-4) که برای اندازه گیری و سنجش اختلالات کودکان ۵ تا ۱۲ ساله است وهمچنین مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی، استفاده شد.

پرسشنامه علائم مرضی کودک[1]:یک مقیاس درجه بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو[2] بر اساس طبقه بندیDSM- IIIیا SLUGبه منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد ودر سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارمDSM- IVبا تغییرات اندکی مورد تجدید نظر قرار گرفت و با نام CSI-4 منتشر شد. CSI-4دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والد دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده و فرم معلم دارای ۷۷ سؤال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در بر می‌گیرد. در پژوهش محمد اسماعیل، ضریب اعتبار این پرسشنامه از طریق اجرای مجدد تست‌از۰/۳۷ تا ۰/۷۶ به دست آمده است که این ضریب اعتبار برای اختلال افسردگی اساسی ۰/۵۶گزارش شده است. در آن پژوهش، در بررسی فرمهای والد و معلم از نظر حساسیت، ویژگی و نقطه برش برای اختلال افسردگی

روشن شده است که در فرم والد به عنوان بهترین نمرهٔ معیار مشخص شده برای ویژگی و حساسیت و نقطه برش آن به ترتیب، ۲،۸۸،۷۱برآورد شده است. شیوه نمره گذاری بر حسب شدت نشانه‌های مرضی در یک مقیاس ۴ امتیازی هرگز= ۰، گاهی= ۱، اغلب= ۲، و بیشتر اوقات= ۳، نمره گذاری می‌شود و سپس از حاصل جمع نمرات سؤال‌ها نمره شدت بدست می‌آید. بررسی پایایی (۴-CSI) با روش اجرای مجدد تست نشان می‌دهد که ابزار مذکور به عنوان یک ابزار غربالگری برای اختلال‌های رفتاری- هیجانی در کودکان ایرانی از اعتبار نسبتاً خوبی برخوردار است. در زمینه روایی محتوایی، نتایج بررسی داوری‌های متخصصان، همگونی و مناسبت محتوایCSI-۴ با حیطه مورد سنجش آن را مورد تأیید قرار داده است(Mohamad esmaeil,2001). پایایی آزمون در پژوهش فعلی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ نیز بدست آمد.

مصاحبه تشخیصی و روان‌پزشکی

به منظور تعیین بهترین نقطه برش برای هر یک از اختلال‌های ۴- CSIاز مصاحبه تشخیصی و روان‌پزشکی به عنوان ملاکی جهت رسیدن به این هدف استفاده شد.

1. Child symptom inventory-4 (CSI-4)
2. Sprafkin&Gadow

روش اجرا

جلسات متوالی نقاشی آزاد برای دانش آموزان ترتیب داده شد؛ بدین صورت که کلیه وسایل نقاشی مانند: ماژیک، مداد، مداد رنگی، مداد شمعی، گواش، آبرنگ در رنگ‌های متنوع در اختیار دانش آموزان قرار گرفته و طی یک جلسه ابتدایی شیوه استفاده از هر کدام از این ابزارها برای آنان تشریح و امتحان می‌شود. درجلسات بعدی ورقه‌ای سفید در اختیار هر کدام از آنان قرار گرفته و از افراد خواسته می‌شود تا هر موضوعی را که به آن علاقه و اشتیاق دارند به صورت کاملاً آزادانه و فارغ از دغدغه‌های تکنیکی و پرداختن به جزئیات، نقاشی کنند. اگر در طول جلسه کودکی از ترسیم نقاشی امتناع کند تعقیب هدف درمانی ایجاب می‌کند تا در معرض اصرار و تحمیل قرار نگیرد. اما در صورت ترسیم و اتمام نقاشی از کودکان خواسته می‌شود تا به اختصار در مورد آنچه که کشیده‌اند و آنچه که دیگران ترسیم کرده‌اند اظهار نظر نموده و به بحث و گفتگو بپردازند. این گونه بحث‌ها در کلاس و در پایان جلسات نقاشی می‌باید صرفاً در خصوص محور محتوایی نقاشی‌ها بوده و از ورود به مباحث مربوط به ساختار و تکنیک به دور باشد. آثار نقاشی شده در پایان هر جلسه جمع آوری شده و تا آخر دوره نگهداری می‌شود و در پایان دوره یک‌بار دیگر تمامی آثار نقاشی شده به وسیله دانش آموزان در معرض تماشای همه و مورد بررسی گروهی قرار می‌گیرد و از این طریق میزان پیشرفت ارزیابی و درک تغییرات حاصل شده برای هر یک از آنان مقدور می‌گردد.

در پژوهش حاضر پس از تکمیل پرسشنامه و ارجاع مجدد آن به مدرسه، از دانش آموزانی که نمره‌ی اختلال افسردگی بالایی را با توجه به نقطه برش پرسشنامه گرفتند، مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی نیز گرفته شد. ملاک های ورود به پژوهش شامل توان ذهنی نرمال و عدم سابقه روا نپزشکی کودکان بود و ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه کودک در جلسات درمانی و جواب ندادن پرسشنامه توسط والدین در مرحله پیگیری بود. در نهایت ۶۰ دانش آموز به عنوان نمونه تایید و برای حضور در پژوهش و به عنوان نمونه اصلی انتخاب و در گروه‌های آزمایشی و کنترل قرار گرفتند.

پس از تشکیل چهار گروه (دو گروه کنترل و دو گروه آزمایشی) برای گروه‌های آزمایشی به صورت مجزا برای هر اختلال جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته دو جلسه، طی ۱۰ جلسه، نقاشی آزاد برای دانش آموزان ترتیب داده شد و در گروه‌های کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نپذیرفت. پس از اجرای برنامه مداخله گرانه نقاشی درمانی توسط دانش آموزان، دوباره پرسشنامه سنجش علائم مرضی کودک توسط والدین تکمیل گردید.

در پایان، اطلاعات همه شرکت کنندگان گروه کنترل و که بدون ریزش بود مورد تحلیل قرار گرفتند. برای صحت داده های جمع آوری شده پیگری در یک ماه بعد از جمع آوری پرسشنامه نیز صورت گرفت.

یافته ها

داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS صورت گرفت. بدین منظور در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های آماری نظیر میانگین، انحراف استاندارد و دامنه تغییرات نمرات پیش آزمون- پس آزمون با هم مقایسه شدند و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۱: شاخص های پراکندگی و تمایل مرکزی گروه‌ها در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
کنترل	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۴	۹	۶,۷۳	۱,۴۳۸
آزمایش	پس آزمون افسردگی	۱۵	۶	۹	۷,۰۷	۱,۱۰۰
	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۵	۱۰	۷,۵۳	۱,۵۵۲
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۴	۸	۵,۶۷	۱,۲۳۴

جدول یک نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، اعمال مداخله نقاشی درمانی موجب بروز تغییرات فاحش در شاخص‌های متغیرهای وابسته افسردگی شده است از طرفی در گروه کنترل که در معرض هیچ نوع مداخله‌ای قرار نگرفته بود تغییر قابل توجه در هیچ یک از متغیرهای وابسته مشاهده نمی‌شود و مقایسه شاخص‌های این گروه با شاخص‌های پیش آزمون، حاکی از این است که با گذشت زمان و بدون اعمال مداخله نقاشی درمانی، تغییر چشمگیر در شاخص‌های آماری این گروه بوجود نیامده است.

جدول ۲: آزمون تک نمونه‌ای کالموگروف ـ اسمیرنوف

گروهها		پیش آزمون افسردگی	پس آزمون افسردگی
کنترل	کالموگروف اسمیرنفZ	۰,۸۸۴	۰,۹۰۶
	سطح معنی داری	۰,۴۱۵	۰,۳۸۴
آزمایشی	کالموگروف اسمیرنفZ	۰,۹۲۳	۰,۹۲۵
	سطح معنی داری	۰,۳۶۱	۰,۳۶۰

همانطور که نتایج آزمون کالموگروف ـ اسمیرنوف نشان می‌دهد تفاوت هر کدام از متغیرهای مذکور از توزیع نرمال معنی‌دار نبوده، در نتیجه می‌توان توزیع متغیرهای مذکور را همانند توزیع نرمال فرض کرد و تحلیل‌های پارامتریک نظیر تحلیل کوواریانس را اجرا نمود.

برای بررسی این موضوع از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. اما قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، آزمون همگنی شیب‌ها انجام شده است. این آزمون بایستی قبل از انجام تحلیل کوواریانس

اجرا شود. همگنی شیب‌ها به این معنی است که اثر متقابل عامل گروه پیش آزمون در پیش‌بینی متغیر وابسته (پس آزمون) تعیین کننده نیست و اختلاف پس آزمون گروه‌ها تابعی از نمرات پیش آزمون نمی‌باشد. در صورتی که اثر متقابل عامل گروه و پیش آزمون معنی‌دار باشد نشان می‌دهد که اختلاف پس آزمون گروه‌ها تابعی از نمرات پیش آزمون گروه‌ها است و در این شرایط تحلیل کوواریانس نباید اجرا شود. نتایج آزمون مذکور که اجرا شده در جدول زیر مشاهده می‌شود.

جدول۳: تحلیل کوواریانس تعامل متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون افسردگی) و متغیر مستقل (نقاشی درمانی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	۸,۴۲۹	۱	۸,۴۲۹	۶,۶۲۲	۰,۰۱۶
پیش آزمون	.۳۴۰	۱	۳۴۰.	۰,۲۶۷	۰,۶۱۰
اثر متقابل گروه و پیش آزمون	۴,۶۰۹	۱	۴,۶۰۹	۳,۶۲۱	۰,۰۶۸
خطا	۳۳,۰۹۶	۲۶	۱,۲۷۳		

همانگونه که مشاهده می‌شود نتایج بدست آمده حاکی از عدم تأثیر متقابل معنی‌دار بین پیش آزمون افسردگی و عامل گروه است لیکن می‌توان با فرض همگنی شیب‌ها تحلیل کوواریانس را اجرا کرد.

بعد از آزمون‌های همگنی شیب‌ها، تحلیل کوواریانس انجام گرفت. نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس حاکی از رد فرضیه صفر و در نتیجه معنی‌دار بودن اثر نقاشی درمانی بر کاهش نشانه های افسردگی کودکان دارد.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس اثر نقاشی درمانی بر افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش آزمون	۰,۵۶۲	۱	۰,۵۶۲	۰,۴۰۲	۰,۵۳۱
گروه	۱۵,۱۷۲	۱	۱۵,۱۷۲	۱۰,۸۶۴	۰,۰۰۳
خطا	۳۷,۷۰۵	۲۷	۱,۳۹۶		

در این تحلیل که متغیر مستقل نقاشی درمانی و متغیر وابسته نشانه های افسردگی (پس آزمون) بوده و پیشینه افسردگی (پیش آزمون) نیز به عنوان هم متغیر (Covariate) شناخته می‌شود، نتایج بدست آمده

نشان می‌دهد که تأثیر نقاشی درمانی در کاهش نشانه های افسردگی با ثابت نگه داشتن اثر پیشینه افسردگی (پیش آزمون) معنی‌دار است.

بحث

افسردگی یکی ازمهمترین اختلالهای روانی کودکان ونوجوان است که فراوانی آن با سن افزایش می‌یابد، با اختلال‌های اضطرابی و رفتاری همزیستی دارد و ممکن است پیامدهای جدی مانند غیبت از مدرسه و افت تحصیلی و حتی خطر خودکشی همراه باشد(Carlson,2000). به همین دلیل بازبینی ادبیات مربوط به افسردگی کودکی برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد(Milin, & Walkers,2003).

پژوهش حاضر کوشید تا اثربخشی یکی از این جایگزین‌های درمانی یعنی نقاشی درمانی را در درمان افسردگی کودکی مورد بررسی قرار دهد و جواب به این سوال که آیا نقاشی درمانی نشانه‌های اختلال افسردگی را در کودکان دبستانی کاهش می‌دهد؟

این سوال مورد تایید آماری قرار گرفت. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌هایی که هنر درمانی و نقاشی درمانی را در کاهش اختلالات هیجانی و رفتاری کودکان مؤثر گزارش کرده‌اند، همسو می‌باشد.

همان طوری که در جدول۴ ملاحظه می‌شود بین دانش آموزان پسر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ نشانه‌های اختلال افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد$F (1,27)=10.864, P=0.003$. به عبارتی دیگر، نقاشی درمانی با توجه به میانگین نشانه‌های افسردگی دانش آموزان پسر گروه آزمایش نسبت به میانگین دانش‌آموزان پسر گروه گواه، موجب کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی گروه آزمایش شده است. با توجه به تحقیقات انجام شده در خارج توسط Carrigan, 1993بررسی انجام شده توسط , Lynch, 1999و Chosaو تحقیق مشابهی توسطFerri,1999 ,)،Henli, 1999)Han, 1998در باب هنر درمانی و در ایران پژوهش‌های Nooriو Behpazhoh و یافته‌هایMadadi,2000در مورد تاثیر نقاشی درمانی، نشان از تأثیر مثبت آن در درمان اختلالات و کمک به بهبودی در رفتار سازگارانه بیماران و کاهش اختلالات هیجانی و رفتاری بوده است.

نتیجه

همه این پژوهش‌ها، تأثیر هنر درمانی و نقاشی درمانی را در کاهش اختلالات هیجانی و رفتاری در کودکان با اختلالات مختلف تایید می‌کنند و این یافته‌ها با منطق نظری زیربنایی مفهوم هنر درمانی در مورد اختلالات هیجانی و رفتاری همسو می باشد. بر اساس این منطق هنر درمانی و جلسات هنر درمانی که کودکان در هنر ساختن (نقاشی، مجسمه سازی، نوشتن شعر، داستان سازی، رقص، نمایشگری) شرکت

می‌جویند فرایندهایی را ایجاد می‌کند که کودک می‌تواند شروع به ساختن و معنا دادن رویدادها، هیجان‌ها یا تجربه کردن آن در زندگی‌اش در حضور درمانگر شود (Kalmanowitz, 2004). در تبیین این یافته می‌توان گفت هنر درمانی یکی از شیوه‌های درمان غیر دارویی می‌باشد که در این روش از تأثیرات روانی برخی هنرها از جمله نقاشی بر ذهن و روان بیمار استفاده می‌شود. هدف کلی هنر درمانگران این است که مراجع را قادر سازند با استفاده از ابزار هنر در محیطی سالم و امن در خود رشد و تحول ایجاد کند.

بنابراین در هنر درمانی به مراجع فرصت داده می‌شود تا افکار و احساسات خود را بیان کند و با دیگران ارتباط برقرار نماید. هنر، درها و پنجره‌ها را به روی روان آدمی می‌گشاید. بیماران به ناگهان خودشان را به گونه‌ای متفاوت می‌شناسند و درک می‌کنند. موضوع هنری در اختیار مراجع قرار می‌گیرد و او فرایندی را ایجاد می‌کند که حاصلش اطلاعات رفتاری فوری است که می‌تواند به طور استعاره‌ای نیز توسط درمانگر و یا مراجع به عنوان تعمیمی از پاسخ عادتی مراجع به موقعیت‌های زندگی‌اش مورد توجه قرار بگیرد. در فرایند ایجاد هنر، تمامی مغز با دسترسی به نیمکره های راست و چپ در گیر می‌شود. این مسئله موجب یکپارچگی احساسات، شناخت و حواس می‌شود در نتیجه درک تازه‌ای به وجود می‌آید.

هنر درمانی، یک روش مراقبتی است که فرایند روان درمانی را گسترش می‌دهد به طوری که این فرایند شامل واکنش‌های کلامی، دیداری و احساسی مراجع می‌شود. هنر همه آن چیزهایی را که دیدن یا به زبان آوردن آن‌ها دشوار و رنج آور است قابل دیدن می‌کند. هنر به مراجع کمک می‌کند واضح‌تر ببیند و حسی از زندگی را در وجود خود احساس کند. وقتی از مراجع خواسته می‌شود تا تصمیمی را که به هنگام انجام کار هنری گرفته به سادگی توضیح دهد رفتار، افکار و احساسات او به همان اندازه که در موقعیت‌های دیگر روشن است شفاف می‌شود. مراجع همان‌طور که احساس می‌کند، کشف می‌کند، فکر می‌کند و ایجاد می‌نماید، بینش‌های جدیدی نیز در مورد خودش، روابط و الگوی زندگی‌اش به دست می‌آورد (mahdavi ,2005).

بررسی یافته‌های غیر کمی در این پژوهش نشان می‌دهد که دانش آموزان قادر به بهره‌گیری از برنامه نقاشی درمانی بوده و شرکت در این گونه برنامه‌ها به فرد کمک کند تا از طریق برون فکنی، هیجان‌ها، احساسات و افکار خود را ابراز کند و در نتیجه به سازگاری عاطفی و اجتماعی نائل گردد. بر اساس تحلیل نقاشی‌های کودکان مورد مطالعه از دیدگاه بزرگسالان، می‌توان دریافت که بعضی از کودکان با توجه به وضعیت خاص خود به نقاشی درمانی پاسخ می‌دهند.

بدین صورت که برخی خیلی زود می‌توانند به کمک نقاشی با دیگران ارتباط برقرار کنند، در حالی که بعضی از آنان دیرتر به برون‌فکنی احساسات و عواطف خود می‌پردازند و گاهی تا چند جلسه حتی از کشیدن نقاشی خودداری می‌کنند. بدون شک میان بروز قابلت های فردی و شرایط محیطی ارتباط تنگاتنگ وجود دارد. محیط‌های مناسب و مساعد، موجب رشد و تحول فرد می‌شود و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشند. از این رو استفاده از روش‌های گوناگون درمانی، مانند نقاشی درمانی، تئاتردرمانی، بازی

درمانی و نظایر آن به فراهم کردن محیطی غنی به کودکان و نوجوانان کمک می‌کند.

تحقیق حاضر همانند سایر تحقیقات دارای برخی محدودیت ها بود از جمله: محدود شدن پژوهش حاضر به ارزیابی فقط تأثیر کوتاه مدت نقاشی درمانی بر روی نشانه های اختلال افسردگی به دلیل محدودیت‌های زمانی و امکانات؛ عدم تعمیم پذیری نتایج به دانش آموزان شهرهای دیگر؛ عدم تعمیم پذیری نتایج به نشانه های اختلالات دیگر؛ عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله کننده از قبیل شرایط محیطی، وضعیت عاطفی و مسائل خاص شخصی آزمودنی‌ها، که باعث محدودیت در تعمیم دادن نتایج می‌شود.

به تبع محدودیت‌های یاد شده و یافته‌های نهایی این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که در طرح‌های پژوهشی آتی در این قلمرو، مواردی که در پی می‌آیند مد نظر قرار گیرند: برنامه‌ریزی مدون از سوی سیاست گذاران و برنامه‌ریزان امر بهداشت روانی جهت تشکیل کلاس‌های نقاشی درمانی و هنر درمانی و استفاده بیشتر و بهتر از رسانه هنر در مدارس و مراکز توانبخشی بیمارستان‌ها برای کودکان و بزرگسالان است؛ در پژوهش‌های بعدی متغیرهایی که در پژوهش حاضر کنترل نشده است، کنترل شود؛ انجام این پژوهش در جوامع دیگر نظیر مهد کودک‌ها، مراکز توانبخشی و...؛ بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش سایر اختلال‌ها (اختلال نقص توجه، فوبیا و ...) در کودکان عادی و یا دیگر گروه‌های استثنایی مانند کودکان ناشنوا در گروه‌های سنی و جنسی و یا سطح اقتصادی متفاوت.

Referenses

Abela, J., &Hankin, L. B. (2008).*Handbook of Depression in Children and Adolescents*.New York: The Guilford Press.

Carlson, GA. (2000). "*The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence*".*J. Affect Disorder,* 61, 3-8.

Carrigan, J. (1993). *Painting therapy*: A Swiss experience for people with mental retardation. *American Journal of Art Therapy*, 32, 53-58.

Compton , SN , March , JS , Brent , D , Albano , Weersing R , & Curry, J. (2004) . "*Cognitive behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorder in children and adolescents: an evidence- bossed medicine review*". *J Am Accad child Addesc Psychiatry,* 43, 930-59.

Han, L. L. (2003).*Painting therapy for a child with emotional and behavior disorders* .A single case study, *http://etd.npue.edu.tw/ETD-db/ETD search/view_etd? URN=etd-0501107-162450-1078.*

Henley, D. (1998). *Art therapy in a socialization program for children with attention deficit hyperactivity disorder*, American Journal of Art Therapy, 37(1) , 2 –11.

Ivarsson, T., Svalander, P., Oeystein, L.(2006).*The Children's Depression Inventory as measure of depression in Swedish adolescents*. A normative study.*Nord J Psychiatry*. 60 (3): 220-226.

Kalmanowitz, Sh. (2004). *Art Therapy in Schools, Working with Children who have, Experienced, Political Violence and Torture*, A Booklet for Teachers.

Kaplan, H., &Sadock, B. J. (1998).*Synopsis of Psychiatry* (8th Ed.). Philadelphia: Williams and Wilkins.

Lamarine, RJ. (1995)."*Child and adolescent depression*".*J Sch Health*, 65,390-3.

Levick, M.F. (1983). *They could not talk and so they draw*, Springfield, IL; Charles, C Thomas.

Lewis, M. (1996).*Child and adolescent psychiatry* (2nd Ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.

Madadi N.(2000). *Study of the effect of painting therapy on decrease of emotional problems in 7-11 children* (Persian).Thesis for master sciences in art in psychology. Tehran. College of psychology. Islamic Azad University (in persian).

Mahdavi, Af,.(2006). *Introduction toArtTherapy*, ProfessionalRahpooyehArt Journal, VolumeII, IssueI,winter, pp.28-33 (in persian).

Milin, R., & Walkers, C., J. (2003). *Major depressive disorder in adolescence: a brief review of the recent treatment literature*. Psychiatry, 48, 600-6.

Mohammad-Esmaeil E. (2004). *Investigating of reliability, validity, and determine cut off points in disorders of children symptom inventory (CSI-4) on 6-14 year old elementary and guidance school students in Tehran city*; Research Institute of the Exceptional (in persian).

Moradi, A., Shokri, O., &Daneshvarpour, Z. (2007).*Effect of interpersonal psychotherapy on depression treatment in adolescents*: case study. Research on psychological health.First year, No. 3, 25-28 (in persian).

Nolen-Hoeksema S, Hilt LM.(2008). *Hand Book of Depression in Adolescents*. New York: Routledge.

Noori, F(2001). *Art&children with disabilities*, Journal ofSpecialEducation, Tehran, publisherofSpecial Education, 22&23.

Noori, F.(2001). *The effect of painting therapy on decreasing of aggression behaviors in mentally retarded boys students (Persian)*.Thesis for Master of Science in psychology and exceptional children education. Tehran. College of psychology. Tehran University pp: 16-71 (in persian).

Park, R., &Goodyer, IM. (2000). *Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence*.*Eur child Adolescent psychiatry,* 9, 147-61.

RahaMalekZehtab, F.(2008).*ChildMagazineMonthlyEducation* -Information, July, No.38.

Rubin, J. A. (2005). *Child art theraphy*.Hoboken, New Jersey: John Wiley; Sone, In.

Son, SE & Kirchner J.T. (2000).*Depression in children and adolescents*.*Am Fame Physician,* 62, 2297-308, 2311-2.

Stein, B, M; Tauscher, J; Zapotoczky, H.C. (1999).*Integrative painting therapy* (Atherapeutic concept for Psychiatric in patients at the university clinic in graz). Wien. Kin, Wochensch.*Jull.111* (13), 252-532.

Yousefi Loya, M., Delavare, Ali,.YousefiLoya, M. (2008).*The effect ofnarrative therapyinreducingsymptoms ofanxiety disorderanxietyfourth gradestudents.*Researchin the area ofgifted children,8,281-295 (in persian).